

Beut

Lane Medical Libra

19

CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE L'UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Prof. Dr O. Beuttner

**L'état des annexes dans la rétroflexion mobile
impose la laparotomie
préliminaire à toute intervention**

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri A. MENTHA

Médecin diplômé de la Confédération Suisse
Ancien interne des Cliniques chirurgicale et gynécologique
Premier assistant à la Polyclinique obstétricale et gynécologique
de l'Université de Genève

GENÈVE

IMPRIMERIE J. PRIVAT, RUE PETITOT, 7

1927

THÈSE N° 1219

CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE L'UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Prof. Dr O. Beuttner

**L'état des annexes dans la rétroflexion mobile
impose la laparotomie
préliminaire à toute intervention**

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri A. MENTHA

Médecin diplômé de la Confédération Suisse
Ancien interne des Cliniques chirurgicale et gynécologique
Premier assistant à la Polyclinique obstétricale et gynécologique
de l'Université de Genève

GENÈVE

IMPRIMERIE J. PRIVAT, RUE PETITOT, 7

1927

THÈSE N° 1219

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de M. le Prof. Beuttner, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Le Doyen,
Dr M. ROCH.

GENÈVE, le 28 avril 1927.

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

Nous sommes heureux de pouvoir remercier ici
M. le Professeur *Beutner* pour le bienveillant intérêt
qu'il nous a témoigné pendant notre internat dans
son service.

Ce travail est conçu dans un but tout pratique. Il ne cherche pas à établir une relation de cause à effet entre la rétroflexion et certaines altérations annexielles. Il expose simplement une règle de conduite chirurgicale, dictée par les constatations opératoires.

Depuis 1907, on observe à la clinique gynécologique de Genève le principe suivant : *Tout utérus en rétrodévi-
ation, chez la femme en âge de produire, doit être
remis en position normale.*

En 1911, sous la direction du professeur *Beutner*, le Dr *Lapidevsky* présentait sa thèse sous ce titre : *L'état des annexes dans les rétrodéviations de l'utérus impose la laparotomie comme intervention de choix* (11)*.

Lapidevsky résume 57 cas de rétroflexion (34 mobiles et 23 fixées) opérées dans le service par laparotomie : « Deux fois on n'a constaté que des altérations de l'appendice. Dans 38 cas (66,7 %) des lésions annexielles ont été observées ».

* Voir ci-dessous : Auteurs consultés.

« Les auteurs consultés donnent des chiffres se rapprochant plus ou moins des siens. Ainsi, les 76 cas de rétrodéviations, décrits par *Jayle* et *De Lima* (9 et 12), étaient douloureux et tous compliqués de lésions annexielles. »

« *Dietel* (6) rapporte une statistique des réflexions utérines : sur 88 cas, 34 fois (38,6 pour 100) l'utérus était fixé au péritoine pariétal du cul-de-sac de Douglas ou au rectum (adhérence directe); ces réflexions n'étaient pas accompagnées de lésions annexielles. Dans tous les autres cas (61,4 pour 100) les adhérences étaient indirectes et dues à des lésions annexielles et para-annexielles. *Andersch* (1) publie aussi des résultats intéressants : la ventrofixation fut pratiquée chez 63 femmes atteintes de réflexion adhérente. Dans 28 cas (43,3 %), l'utérus a pu être libéré de ses adhérences et fixé à la paroi abdominale; dans les autres 35 cas (55,5 %), il a fallu en même temps enlever en partie ou complètement les annexes malades. *Bloch* (5) rapporte 25 cas de réflexion fixée, comprenant 23 cas s'accompagnant de maladie des annexes ou de périmérite, 1 cas de tumeur des annexes et 1 cas de tumeur ovarienne, combinés avec l'aménorrhée. *Otz* (13), sur une série de 35 cas d'hystéropexie abdominale, trouve une seule fois l'utérus fixé par des adhérences. Dans 24 cas il trouva des altérations des annexes, surtout des ovaires, qui avaient passé inaperçues dans 12 cas (50 %), malgré l'examen le plus soigneux. Enfin, *Guggisberg* (8) donne le tableau suivant : sur 176 cas de rétroversion et de réflexion opérés à la Clinique gynécologique de Berne de 1893-1900, 60 pour 100 présentaient des complications. Les cas opérés 1898-1900 ont presque tous présenté les complications qui peuvent revêtir deux formes : ou bien les ovaires et les trompes, englobés dans des

adhérences avec les organes de voisinage, prennent un aspect que l'on prend souvent pour une tumeur inflammatoire, ou bien l'ovaire, libre mais augmenté de volume, présente une dégénérescence microkystique. »

Passant ensuite au problème du diagnostic, *Lapidewsky* montre que les 66,7 % des cas présentent à l'opération des lésions qui n'étaient pas diagnostiquées auparavant, et il cite la statistique de M. *Olz* : Dans 12 cas sur 24, les altérations des annexes passèrent inaperçues à l'examen le plus soigneux.

Pour finir, l'auteur nous donne ses conclusions, que nous résumons ci-dessous : « Les rétrodéviations s'accompagnent de lésions annexielles dans 66,7 % des cas. Ces lésions échappent souvent au toucher, et seul le diagnostic « de visu » peut éviter aux malades l'éventualité d'une seconde opération (après un *Alexander* par exemple). Il faut donc préférer la laparotomie, qui permettra de reconnaître l'état des annexes et de pratiquer l'ablation des organes malades ».

Depuis la publication de cette thèse, la majorité des gynécologues s'accordent pour opérer les rétroflexions fixées. Nous avons donc borné notre étude aux seules rétroflexions mobiles, dont le traitement opératoire est encore discuté.

Nous avons éliminé tous les cas de prolapsus total ou avancé, les annexites, les grossesses extra-utérines, pour ne considérer que ceux où la rétroflexion est au premier plan.

Diagnostic des altérations annexielles par l'examen bimanuel

La confrontation des diagnostics cliniques et des status opératoires, faite pour les rétroflexions mobiles opérées à la Clinique gynécologique de Genève, de 1911 à 1925, établit ceci : *Que l'examen clinique ne permet pas de déceler toutes les altérations annexielles justiciables de l'intervention chirurgicale.* Il est impossible de rendre compte par des chiffres de la justesse, de la précision d'un diagnostic. Il nous paraît néanmoins intéressant de signaler la proportion suivante : Sur les 215 cas que comporte notre étude, 148 (le 68,8 %) ont donné lieu à une intervention chirurgicale sur les annexes. Or, parmi ces 148 cas, 28 fois seulement l'état des annexes avait été reconnu de manière suffisamment précise avant l'opération. Dans les 120 autres cas, des lésions assez importantes pour justifier un acte chirurgical avaient été mécon-
nues (81 %).

Cette insuffisance de l'examen bimanuel (en ce qui concerne l'état des annexes) nous oblige à faire appel à d'autres renseignements lorsque nous choisissons une méthode opératoire : Ici interviennent les données statistiques.

Notre travail n'est qu'une contribution à celles-ci.

OBSERVATIONS

Il nous est impossible de donner ici les 215 observations qui servent de base à notre travail. Nous devons nous contenter de résumer les plus complexes d'entre elles, et nous les ferons suivre d'un tableau des cas simples, — ceci pour chaque catégorie.

Dans ces tableaux, nous n'aborderons plus la question du diagnostic clinique, que nous avons traitée plus haut. Nous nous en tiendrons à notre sujet : *L'état des annexes dans la rétroflexion mobile*, en mentionnant cependant l'intervention pratiquée sur les annexes malades, — ceci afin de permettre de se mieux rendre compte de l'importance des lésions. Nous n'avons pu noter chaque fois que les annexes étaient dites « hyperhémiiées », et nous n'avons pas tenu compte des opérations pour stérilisation (qui n'étaient pas commandées par l'état des annexes).

I^{re} CATÉGORIE.

47 fois les annexes ont été trouvées normales à l'opération, et l'on s'est borné à fixer l'utérus en bonne place. Au cours de ces interventions, on a pratiqué 5 fois l'appendicectomie et 5 fois l'excision de petits noyaux myomateux.

II^e CATÉGORIE.

*4 fois on trouve un ovaire sclérokystique,
3 fois les deux ovaires sont jugés tels,
3 fois on note : « annexes hyperhémiiées ».*

6 observations parlent de *périophorite*, avec *adhérences plus ou moins prononcées*, et un *état de congestion variable*.

4 fois on mentionne « *un gros ovaire* », ou les annexes « *augmentées de volume* » et parfois l'un des ovaires est un peu microkystique.

Mais ces 20 cas ont ceci de commun, que les lésions résumées ci-dessus *n'ont pas été jugées assez importantes pour justifier une intervention sur les annexes*. On corrige simplement la rétroflexion ; dans 2 cas on enlève l'appendice, et 3 fois on excise des noyaux fibromateux.

III^e CATÉGORIE.

N° 75. Obs. 139. — 1916. 27 ans. *Diagnostic clinique* : Utérus en rétroflexion, mobile, un peu dur. Annexes r. d. p.

A l'opération : Utérus en rétroflexion, mobile, métritique. Les trompes sont hyperhémiiées, mais normales ; à droite, l'ovaire présente quelques adhérences et un petit kyste.

Opération : Ventrofixation, après ponction de l'ovaire droit (kyste).

N° 94. Obs. 44. — 1917. 27 ans. *Diagnostic clinique* : Rétroflexion mobile ; le fond est légèrement douloureux. A droite : léger empâtement un peu douloureux.

A l'opération : Utérus en rétroflexion mobile. Le Douglas contient un peu de sérosité claire. Les annexes sont prolabées, fixées dans le Douglas par quelques adhérences. Les trompes, un peu augmentées de volume, sont hyperhémiiées, mais perméables. Les ovaires contiennent quelques kystes. Appendice à coprolithes.

Opération : Ventrofixation, après ponction des ovaires et appendicectomie.

N° 122. Obs. 350. — 1918. 47 ans. *Diagnostic clinique* : Utérus en rétroflexion mobile, de volume normal. Ovaire gauche sclérokystique, indolore. Endométrite hémorragique.

A l'opération : Rétroflexion mobile. L'ovaire droit porte un kyste de la grosseur d'une noisette.

Opération : Ventrofixation, après ponction du kyste de l'ovaire droit.

N° 130. Obs. 156. — 1919. 30 ans. *Diagnostic clinique* : Rétroflexion mobile. Ovaire gauche sclérokystique.

A l'opération : Utérus en rétroflexion mobile. A gauche : Adhérences tubo-ovariennes. A droite : Ovaire microkystique.

Opération : Transfixion des ligaments ronds à travers la paroi, libération des adhérences (la trompe se déchire) et ponction de l'ovaire droit.

N° 165. Obs. 403. — 1922. 36 ans. *Diagnostic clinique* : Utérus en rétroflexion mobile, augmenté de volume, indolore. A droite : Petit cordon sensible. Léger prolapsus vaginal antérieur. Empâtement et douleur de la fosse iliaque droite.

A l'opération : Utérus en rétroflexion mobile, congestionné, légèrement augmenté de volume. Les ovaires sont prolabés. Le gauche est sclérokystique. Appendice congestionné.

Opération : Ventrofixation, après ponction de l'ovaire gauche et appendicectomie.

Les autres cas de cette catégorie ne présentent guère, comme altérations annexielles, qu'un *état sclérokystique de l'un, ou des deux ovaires* :

25 fois un seul ovaire est atteint.

30 fois les deux sont modifiés.

En tenant compte des 5 observations résumées plus haut, on peut dire de ces 60 cas qu'ils justifient l'ouverture du péritoine par les phénomènes kystiques des ovaires, auxquels on a remédié par *la seule ponction*. Il a été fait, en outre, 7 appendicectomies et 3 myomectomies.

IV^e CATÉGORIE.

N° 50. Obs. 512. — 1914. 41 ans. *Diagnostic clinique*: Utérus en antéversion-flexion, très mobile, de consistance dure, un peu augmenté de volume. Col métritique. A gauche: Tumeur kystique de la grosseur d'une petite mandarine, mobile et un peu douloureuse. A droite: Petite tumeur moins douloureuse. Douglas libre.

A l'opération: Utérus en rétroflexion mobile, augmenté de volume, gros comme une pomme. Les annexes gauches sont au fond du Douglas, libres. L'ovaire est comme une grosse noix. D'un petit kyste on voit jaillir une goutte de liquide clair.

Opération: Ventrofixation, après résection du tiers de l'ovaire gauche.

N° 51. Obs. 513. — 1914. 24 ans. *Diagnostic clinique*: Utérus en rétroflexion, mobile, un peu augmenté de volume, douloureux. Paramètres libres. Endométrite. Cystite.

A l'opération: Utérus en rétroflexion mobile, petit, mou. Ovaire gauche gros comme une petite pomme, contient un kyste à contenu jaune filant.

Opération: Ventrofixation, après résection de la moitié de l'ovaire gauche.

N° 53. Obs. 521. — 1914. 19 ans. *Diagnostic clinique*: Rétroflexion mobile. Annexes r. d. p.

A l'opération: Utérus en rétroflexion mobile, un peu gros. Annexes: A gauche r. d. p. A droite: L'ovaire est de la grosseur d'un gros marron, grâce à la présence d'un gros kyste.

Opération: Ventrofixation, après résection partielle de l'ovaire droit, comprenant le kyste.

N° 67. Obs. 467. — 1915. 26 ans. *Diagnostic clinique*: Utérus en rétroflexion mobile, gros. Annexes r. d. p. Hernie inguinale droite. Erosion du col.

A l'opération: Utérus en rétroflexion mobile, augmenté de volume. A gauche, l'ovaire présente une surélévation violacée, molle, de la grosseur d'une petite cerise (hémorragie du corps jaune).

Opération: Ventrofixation, après résection partielle de l'ovaire gauche, comprenant le corps jaune, et fermeture du canal inguinal.

N° 76. Obs. 168. — 1916. 38 ans. *Diagnostic clinique*: Rétroflexion mobile, indolore. Annexes r. d. p.

A l'opération: Utérus en rétroflexion, mobile, très petit. A gauche, annexes normales. A droite: Ovaire avec un kyste hémorragique du volume d'une noisette.

Opération: Ventrofixation, après résection partielle de l'ovaire droit.

N° 93. Obs. 20. — 1917. 23 ans. *Diagnostic clinique*: Rétroflexion mobile. A gauche: Tumeur annexielle comme un œuf de poule, mobile, très douloureuse, nettement séparée du corps de l'utérus.

A l'opération: Rétroflexion mobile. Les annexes plongent dans la profondeur. Les trompes sont normales et un peu hyperhémisées. L'ovaire gauche est fortement augmenté de volume. Il est le siège d'un

kyste hémorragique du corps jaune. L'ovaire droit est enveloppé dans le feuillet postérieur du ligament large, mais il n'y adhère pas.

Opération : Ventrofixation, après résection partielle et pexie de l'ovaire gauche.

N° 86. Obs. 469. — 1916. 25 ans. *Diagnostic clinique* : Rétroflexion mobile. Annexes r. d. p.

A l'*opération* : Utérus en rétroflexion mobile, de volume normal. Sur la face antérieure, un noyau fibreux du volume d'une noisette. A gauche, un peu de périooophorite qui retient l'ovaire au ligament large. Annexes droites un peu hyperhémées, ovaire kystique. Exsudat péritonéal jaune citrin, peu abondant. Appendice gros, hyperhémé.

Opération : Ventrofixation, après résection partielle de l'ovaire droit, énucléation du noyau fibreux, et appendicectomie.

N° 39. Obs. 102. — 1914. 27 ans. *Diagnostic clinique* : Rétroflexion mobile.

A l'*opération* : Utérus en rétroflexion mobile. A gauche, quelques petits kystes dans l'ovaire. A droite, ovaire sclérokystique; la trompe est adhérente.

Opération : Ventrofixation, après résection partielle de l'ovaire droit et ponction de l'ovaire gauche.

N° 203. Obs. 61. — 1925. 35 ans. *Diagnostic clinique* : Rétroflexion mobile. Le corps est dur, sensible, augmenté de volume. A gauche, gros ovaire sensible. A droite, résistance.

A l'*opération* : Utérus en rétroflexion mobile, dur, un peu augmenté de volume. A gauche : Périannexite. Corps jaune. A droite : Périannexite. Gros ovaire sclérokystique. Appendice très long, assez épais, hyperhémé.

Opération: Ventrofixation, après résection partielle des ovaires et appendicectomie.

N° 207. Obs. 186. — 1925. 24 ans. *Diagnostic clinique*: Utérus en antéversion-flexion, mobile, petit et indolore. Annexes augmentées de volume, sensibles. Kyste de la glande de Bartholin.

A l'opération: Utérus en rétroflexion mobile, petit. A gauche: Ovaire sclérokystique augmenté de volume. A droite: Périsalpingite et périophorite. (un corps jaune et quelques kystes).

Opération: Ventrofixation après résection partielle des ovaires et section des adhérences.

A côté de ces 10 cas, nous rangeons dans cette catégorie:

28 observations de cas où *un ovaire sclérokystique* a été réséqué partiellement;
25 où les *deux ovaires* ont été trouvés sclérokystiques; on a traité:

3 fois par la résection partielle d'un seul ovaire.

11 fois par la résection partielle d'un ovaire et la ponction de l'autre.

11 fois par la résection partielle des deux ovaires.

Ces 63 observations nous montrent toutes *des altérations annexielles corrigées par la résection partielle de l'un ou des deux ovaires, avec ou sans ponction de l'autre.*

En outre on a fait l'ablation, 13 fois de l'appendice et 3 fois de noyaux myomateux.

V^e CATÉGORIE.

N° 6. Obs. 213. — 1911. 40 ans. *Diagnostic clinique*: Utérus en rétroflexion mobile, un peu douloureux. Culs de sac souples.

A l'opération : Rétroflexion mobile. A gauche : Trompe anaplasique, ovaire kystique.

Opération : Ventrofixation après salpingectomie gauche et ponction de l'ovaire gauche.

N° 7. Obs. 215. — 1911. 32 ans. *Diagnostic clinique* : Rétroflexion mobile. Réduction très douloureuse. Culs de sac souples. Leucorrhée abondante.

A l'opération : Rétroflexion mobile. A gauche : Ovaire sclérokystique, trompe congestionnée et fermée, avec un kyste inflammatoire.

Opération : Ventrofixation, après salpingectomie gauche et résection partielle de l'ovaire gauche.

N° 25. Obs. 259. — 1913. 34 ans. *Diagnostic clinique* : Rétroflexion mobile. Utérus un peu augmenté de volume. Annexes douloureuses. A gauche, la trompe roule sous le doigt. Déchirure du périnée.

A l'opération : Utérus en rétroflexion mobile, un peu congestionné. A gauche : Trompe très allongée et renflée à son bout distal qui est fermé. Ovaire un peu sclérokystique. A droite : Trompe normale. L'ovaire, gros, présente de nombreux kystes, dont l'un est volumineux. Ptose gastrique accentuée.

Opération : Colpopérinéorrhaphie. Ventrofixation après salpingectomie gauche, résection partielle de l'ovaire droit, et ponctions de l'ovaire gauche. Cure herniaire gauche.

N° 41. Obs. 142. — 1914. 22 ans. *Diagnostic clinique* : Rétroflexion mobile. Annexes r. d. p.

A l'opération : Utérus en rétroflexion. Les annexes ont contracté des adhérences en toile d'araignée avec le péritoine du Douglas. A droite : un petit kyste, comme un œuf de pigeon, adhère aux franges de la trompe.

Opération : Ventrofixation après extirpation du kyste.

N° 43. Obs. 264. — 1914. 28 ans. *Diagnostic clinique* : Utérus en rétroflexion mobile, mou, douloureux. Le cul de sac gauche est tendu. (Pas de résistance appréciable).

A l'opération : Utérus en rétroflexion mobile, porte plusieurs petits fibromes. A gauche : Trompe hyperhémée. Son orifice abdominal est ouvert. Ovaire sclérokystique. Kystes dans le mésosalpinx. A droite : Ovaire normal. Trompe un peu hyperhémée.

Opération : Ventrofixation, après excision des fibromes, énucléation du kyste et résection partielle de l'ovaire gauche.

N° 44. Obs. 273. — 1914. 51 ans. *Diagnostic clinique* : Utérus en rétroflexion mobile, dur, augmenté de volume. Culs de sac r. d. p.

A l'opération : Utérus en rétroflexion mobile, violacé, fortement augmenté de volume. Les trompes sont hyperhémées. L'appendice est un peu augmenté de volume et contient des coprolithes.

Opération : Hystérectomie par hémisection de Faure. Appendicectomie.

N° 59. Obs. 260. — 1915. 34 ans. *Diagnostic clinique* : Rétroflexion mobile.

A l'opération : Utérus en rétroflexion mobile, de volume normal. Les ovaires, fortement augmentés de volume sont sclérokystiques. Kyste parovarique droit.

Opération : Ventrofixation après extirpation du kyste parovarique et de l'ovaire gauche, et résection partielle de l'ovaire droit.

N° 60. Obs. 272. — 1915. 33 ans. *Diagnostic clinique* : Rétroflexion mobile. Les deux ovaires sont descendus, sensibles au toucher et augmentés de volume.

A l'opération : Rétroflexion mobile, les ovaires sont fortement augmentés de volume, sclérokystiques.

Opération : Ventrofixation, après annexectomie gauche et résection partielle de l'ovaire droit, qu'on fixe au péritoine pariétal.

N° 64. Obs. 441. — 1915. 29 ans. *Diagnostic clinique* : Utérus en rétroflexion mobile, mou, augmenté de volume comme pour un mois, indolore. A droite : Cul de sac empâté, un peu douloureux.

Autre affection : Rétention placentaire curettée.

A l'opération : Utérus en rétroflexion mobile, très augmenté de volume. Ovaires gros, sclérokystiques. A droite : Kyste parovarique gros comme un œuf et adhérent à la trompe.

Opération : Ventrofixation, après énucléation du kyste, ponction de l'ovaire gauche, et pexie de la trompe droite.

N° 72. Obs. 79. — 1916. 32 ans. *Diagnostic clinique* : Utérus en rétroflexion mobile, un peu augmenté de volume, sensible. Annexes r. d. p.

Autre affection : Rétention placentaire (curettage).

A l'opération : Rétroflexion mobile. A droite : L'ovaire est transformé en un petit kyste du volume d'un œuf de poule.

Opération : Ventrofixation, après annexectomie droite.

N° 74. Obs. 108. — 1916. 15 ans. *Diagnostic clinique* : Utérus en rétroflexion mobile, un peu augmenté de volume, facile à réduire. Annexes r. d. p. Métrorragies.

A l'opération : Rétroflexion mobile. A gauche : Kyste de l'ovaire, de la grosseur d'un gros pruneau.

Opération : Curettage. Ventrofixation après ovariectomie gauche et pexie de la trompe.

N° 77. Obs. 319. — 1916. 45 ans. *Diagnostic clinique* : Utérus en rétroflexion mobile, métritique, douloureux. On sent dans le cul de sac gauche une cicatrice antéro-postérieure. Mac Burney douloureux.

A l'opération : Rétroflexion mobile de l'utérus fortement augmenté de volume. A gauche : Corps jaune. A droite : Ovaire induré, présente à sa surface un noyau fibromateux du volume d'un petit pois.

Opération : Ventrofixation, après ovariectomie droite.

N° 78. Obs. 325. — 1916. 37 ans. *Diagnostic clinique* : Utérus en rétroflexion, facilement réductible, de volume normal, assez douloureux. A gauche, ovaire augmenté de volume.

A l'opération : Utérus en rétroflexion mobile, augmenté de volume. A gauche, trompe sinueuse, kystique. Ovaire transformé en une tumeur kystique du volume d'un œuf de poule. A droite : Trompe semblable à la gauche. Ovaire normal. Appendice long, rempli de coprolithes.

Opération : Ventrofixation, après salpingectomie droite, annexectomie gauche et appendicectomie.

N° 84. Obs. 427. — 1916. 35 ans. *Diagnostic clinique* : Utérus en rétroflexion mobile, légèrement douloureux, de volume normal. Annexes r. d. p.

A l'opération : Utérus en rétroflexion mobile. Les ovaires portent chacun un petit kyste muqueux du volume d'un petit pois. L'appendice, assez long, contient des coprolithes.

Opération : Ventrofixation, après énucléation des deux petits kystes et appendicectomie.

N° 97. Obs. 102. — 1917. 27 ans. *Diagnostic clinique* : Utérus en rétroflexion mobile, douloureux. A gauche,

tumeur douloureuse de la grosseur d'une amande, bombant dans le cul de sac : Annexite.

A l'opération : Utérus en rétroflexion, mobile, petit. A gauche : Tumeur blanchâtre, du volume d'une mandarine : Kyste de l'ovaire, sans adhérences A droite, ovaire microkystique.

Opération : Ventrofixation, après ponction de l'ovaire droit et ovariectomie gauche.

N° 99. Obs. 125. — 1917. 43 ans. *Diagnostic clinique :* Utérus en rétroflexion, mobile. Erosion du col. Cystocèle, légère rectocèle. Hernie crurale gauche.

A l'opération : Utérus en rétroflexion mobile. Très petits ovaires. Le gauche est en grande partie occupé par un kyste séreux gros comme une noisette.

Opération : Colporraphie antérieure. Cure herniaire Ventrofixation après ovariectomie gauche.

N° 101. Obs. 248. — 1917. 32 ans. *Diagnostic clinique :* Utérus en rétroflexion mobile, facile à réduire. Annexes r. d. p. Erosion du col.

A l'opération : Utérus en rétroflexion mobile, passablement augmenté de volume. Chaque ovaire présente un kyste : A droite, gros comme une noix verte, à gauche, comme un œuf de poule.

Opération : Ventrofixation, après résection partielle de l'ovaire droit et ovariectomie gauche.

N° 111. Obs. 51. — 1918. 33 ans. *Diagnostic clinique :* Utérus en rétroflexion mobile, augmenté de volume. Rectocèle.

A l'opération : Utérus en rétroflexion mobile, un peu augmenté de volume. A gauche : Kyste de l'ovaire de la grosseur d'une pomme.

Opération : Colpopérinéorrhaphie. Transfixion des ligaments ronds à travers la paroi, après kystectomie.

N° 113. Obs. 85. — 1918. 30 ans. *Diagnostic clinique*: Utérus en rétroflexion mobile. A gauche: Ovaire augmenté de volume. A droite: Ovaire très gros, descendu, un peu dur et sensible. Déchirure du périnée, cystocèle et légère rectocèle.

A l'opération: Rétroflexion mobile. Kyste de l'ovaire droit, de la grosseur d'une mandarine (kyste dermoïde).

Opération: Extirpation du kyste. Transfixion des ligaments ronds à travers la paroi. Corporectomie.

N° 119. Obs. 306. — 1918. 26 ans. *Diagnostic clinique*: Rétroflexion mobile. Ovaires sclérokyستiques.

A l'opération: Rétroflexion mobile. A gauche: Ovaire sclérokyستique, trompe congestionnée. A droite: Ovaire gros comme un pruneau, trompe sinueuse, très congestionnée, présente de petits kystes microscopiques.

Opération: Ventrofixation, après salpingectomie, résection partielle de l'ovaire droit, et ponction de l'ovaire gauche.

N° 158. Obs. 96. — 1922. 23 ans. *Diagnostic clinique*: Utérus en rétroflexion mobile, de volume normal, indolore. Annexes r. d. p. (Curettage explorateur: Endométrite hypertrophique).

A l'opération: Utérus en rétroflexion mobile. A gauche: Hypoplasie de l'ovaire (qu'on prend pour une hydatide). A droite: Ovaire gros, sclérokyستique.

Opération: Ventrofixation, après résection partielle de l'ovaire droit et ovariectomie gauche.

N° 166. Obs. 408. — 1922. 44 ans. *Diagnostic clinique*: Utérus en rétroflexion, peu mobile, un peu sensible, légèrement augmenté de volume. Prolapsus du vagin.

A l'opération: Utérus en rétroflexion mobile, congestionné, un peu augmenté de volume. A gauche: Ovaire

sclérokystique prolabé. A droite : Hypoplasie des annexes, dans la région desquelles l'épiploon est adhérent.

Opération : Ventrofixation, après annexectomie droite et résection de la corne utérine gauche. Colpopéri-néorraphie.

N° 172. Obs. 10. — 1923. 35 ans. *Diagnostic clinique* : Utérus en rétroflexion mobile, un peu augmenté de volume, peu douloureux. A gauche : Trompe un peu épaissie. A droite et en arrière : Masse kystique très sensible, très molle, grosse comme un œuf de poule.

A l'*opération* : Utérus en rétroflexion mobile, peu augmenté de volume. A droite : Ovaire kystique, mobile.

Opération : Ventrofixation, après ovariectomie droite.

N° 175. Obs. 112. — 1923. 25 ans. *Diagnostic clinique* : Utérus en rétroflexion, peu mobile, un peu gros, très douloureux. Résistance bilatérale. A gauche, tumeur annexielle diffuse, sensible.

A l'*opération* : Utérus en rétroflexion mobile, un peu augmenté de volume. A gauche : Gros ovaire sclérokystique. A droite : Ovaire un peu gros, avec un corps jaune et une petite tumeur comme un grain de blé, blanchâtre et dure.

Opération : Ventrofixation après excision de la tumeur et ponction de l'ovaire gauche.

N° 185. Obs. 400. — 1923. 26 ans. *Diagnostic clinique* : Utérus en rétroflexion mobile, petit. Culs de sac libres et indolores.

A l'*opération* : Utérus en rétroflexion, ovaire gauche sclérokystique, bas placé. La trompe droite est sinueuse, augmentée de volume, congestionnée et paraît fermée.

Opération : Ventrofixation, après salpingectomie droite et ponction de l'ovaire gauche.

Parmi les 25 cas de cette dernière catégorie :

4 ont donc donné lieu à une *annexectomie*, (une fois avec *salpingectomie* du côté opposé).

5 à une *salpingectomie*.

13 à une *extirpation d'un ovaire*, ou *d'un kyste* (ovarique ou parovarique).

2 à l'*excision* de petits kystes, ou d'une petite tumeur,

1 à l'*hystérectomie* (par hémisection de Faure).

Parfois il a été fait, en outre, des ponctions, ou une résection partielle des ovaires. Trois fois on a fait l'ablation de l'appendice, et une fois celle de noyaux myomateux.

DISCUSSION

CLASSIFICATION DES CAS

Pour permettre de se faire une opinion sur les indications opératoires que pose l'état des annexes dans la rétroflexion mobile, il nous a paru nécessaire de rapporter les cas résumés ci-dessus à une sorte d'échelle des altérations annexielles.

Pour établir celle-ci, il est impossible de se baser sur les situs opératoires. Les notations telles que « nombreux kystes », « un peu gros », « hyperhémisées », ne permettent pas une classification.

Par contre, on juge plus exactement de la nécessité d'une laparotomie, — seul problème envisagé dans ce travail, — si l'on considère *les interventions pratiquées sur les annexes malades*.

C'est pourquoi nos catégories ont été établies en tenant compte de la plus ou moins grande importance de l'acte chirurgical. Nous aboutissons ainsi au tableau suivant :

Sur les 215 cas de rétroflexion mobile, opérés par laparotomie :

47 fois les annexes ont été trouvées normales (21,8 %);
20 fois on a pu constater des altérations de peu d'importance, ne nécessitant aucune intervention sur les annexes (9,3 %);

60 fois, la ponction des ovaires, ou de l'un d'eux, a été jugée suffisante (27,9 %);

63 fois on a pratiqué la résection partielle de l'un, ou des deux ovaires (avec ou sans ponction de l'autre ovaire) (29,3 %);

25 fois, l'état des annexes imposait une intervention plus importante : Salpingectomie, ovariectomie,

annexectomie (avec ou sans ponctions, ou résections ovariées) (11,6 %).

Notons en outre qu'au cours de ces opérations, on a pratiqué 30 fois l'appendicectomie et 15 fois une myomectomie (énucléation de fibrome).

Pour corriger la rétroflexion, on a eu recours 188 fois à la ventrofixation, 25 fois à la transfixion des ligaments ronds à travers les muscles droits, et 2 fois à d'autres procédés.

CES ALTÉRATIONS ANNEXIELLES DOIVENT-ELLES ÊTRE CORRIGÉES ?

On peut se rendre compte par ce qui précède que l'ovaire scléro- ou microkystique est, de beaucoup, la plus fréquente des altérations annexielles que l'on rencontre au cours des laparotomies pour rétroflexion. On peut se demander dans quelle mesure cet état de l'ovaire impose une intervention.

Forgue et Massabuau (7), consacrent un important travail à « l'ovaire à petits kystes ». Nous leur empruntons les passages qui suivent : « Nous avons retrouvé d'une façon constante les lésions fondamentales de l'appareil folliculaire, comparables à celles qu'ont observées les auteurs dont nous venons de résumer les travaux : Hyperproduction des cellules lutéiniques de la thèque dans de nombreux follicules en voie d'atrésie, qui évoluent tantôt vers l'atrésie oblitérante, tantôt vers l'atrésie kystique, c'est-à-dire vers la formation de kystes lutéiniques, dont le type lutéinique primitif peut ultérieurement se modifier ».

Ailleurs : « En résumé, la dégénérescence microkystique des ovaires paraît jouer un rôle plus important dans la genèse des troubles de la menstruation et des hémorragies que dans celle des douleurs pelviennes ».

Et encore : « En faveur de l'importance du rôle des ovaires dans la pathogénie de ces hémorragies, deux faits nous semblent surtout importants : 1. La persistance de ces métrorragies après un curettage ou une intervention conservatrice portant uniquement sur l'utérus indique que la cause essentielle ne réside pas dans une lésion de la muqueuse utérine. 2. Leur guérison après l'ablation des ovaires ou même après des opérations conservatrices, ignipuncture ou résection.

Sur ce dernier point, les résultats donnés par tous les auteurs depuis *Lawson Tait* sont concordants.

Dans le même ordre d'idées, nous citons deux travaux de la clinique du professeur *Beutner*. M^{me} *Kohn* (10) examine si la résection partielle des ovaires reconnus macroscopiquement scléreux ou sclérokytiques est justifiée au point de vue microscopique, et arrive à ces conclusions : « ...des lésions multiples et très variables sont à la base de ces altérations du tissu ovarien. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une modification des follicules de *de Graaf*, allant d'une disparition absolue de ceux-ci jusqu'à leur conservation à peu près complète ; ces états de dégénérescence folliculaire s'accompagnent d'altérations des altères, consistant en une hyalinisation de la tunique moyenne ». *Kohn* a trouvé dans 23 ovaires réséqués : 15 fois des kystes du follicule, 10 fois des kystes lutéiniques, une fois un kyste de corps fibreux et 2 fois des kystes de structure conjonctive ; 4 fois se présentèrent des formations épithéliales et une fois une affection tuberculeuse.

Comme tous ces processus peuvent occasionner des phénomènes pathologiques, il paraît bien que la résection ovarienne est tout à fait indiquée, d'autant plus que l'intervention est des plus bénignes. Dans le court laps de temps qu'il a été donné à l'auteur de suivre les opérées, la guérison s'est maintenue en même temps

qu'aucune fonction génitale n'a paru être troublée par l'opération. En effet, la menstruation et la fécondation peuvent s'accomplir sans aucun dérangement ».

Poggi de Figueiredo (14) reprend dans le même laboratoire les recherches de M^{me} *Kohn*. Ses résultats sont les suivants : L'aspect microscopique des ovaires sclérokystiques est très variable ; quoi qu'il en soit, la vitalité des follicules primordiaux paraît atteinte ; dans certains cas toutefois, ils évoluent jusqu'à donner suite à une grossesse. Le nombre des follicules diminue généralement au fur et à mesure qu'augmente le degré de sclérose. Celle-ci se manifeste par des lésions du stroma qui sont constantes et des altérations vasculaires, hyalinisation et épaississement des parois.

Dans ces ovaires, on rencontre des formations anormales provenant : Des restes du canal de *Wolff* ou d'inclusions de l'épithélium germinatif, de follicules primordiaux dégénérés, de follicules de *de Graaf* en voie d'atrésie kystique ou oblitérante, d'ilots de cellules interstitielles, de kystes du corps jaune, d'adhérences fibreuses, de la dégénérescence de l'épithélium germinatif, de foyers hémorragiques anciens ou récents.

Comme ces productions anormales peuvent provoquer des phénomènes de prolifération, l'auteur plaide en faveur de la résection de ces ovaires.

CONCLUSIONS

La rétroflexion mobile de l'utérus s'accompagne très fréquemment de lésions annexielles, dont l'étendue et la nature échappent souvent à l'examen bimanuel, même en position déclive. La laparatomie seule permet de reconnaître ces lésions et d'y porter remède.

Ces altérations annexielles sont assez importantes pour justifier une intervention chirurgicale dans 148 cas sur 215, c'est-à-dire dans 68,8 % des cas.

Ces deux points établis nous permettent de déclarer que la laparatomie doit être pratiquée lors des opérations pour rétroflexion mobile, chez la femme en âge de produire, parce qu'elle seule permet de se rendre compte exactement de l'état des annexes et d'intervenir en conséquence.

AUTEURS CONSULTÉS

1. ANDERSCH. Dauererfolge der operativen Retroflexion und Prolapsusbehandlung. Arch. f. Gyn., 1902. Bd. LXV, S. 2, S. 217.
2. BEUTTNER, O. Sachliche und kritische Besprechung der zur Heilung der Retroflexion uteri angegebenen Verfahren. Gynecologia Helvetica, II, p 150, 1902.
3. BEUTTNER, O. Du massage et du diagnostic gynécologiques dans la position déclive, avec recherches critiques. Revue médicale de la Suisse romande, N° 4, 1898.
4. BEUTTNER, O. Une nouvelle table pour diagnostic et massage gynécologiques dans la position déclive. Revue médicale de la Suisse romande, N° 4, 1903 et Gynecol. Helvet. IV, p. 296, 1904.
5. BLOCH. Zur Retroflexionsfrage. Wiener med. Presse, 1903, N° 33, 34, 35, 36.
6. DIETEL. Zur Behandlung der Retroflexio uteri fixati. Arch. f. Gyn. 1901, Bd. LXIII, H. 1 u. 2.
7. FORGUE, E. et MASSABUAU, G. L'ovaire à petits kystes. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale. N° 2, 3, 4. 1910.
8. GUGGISBERG, H. Ueber Komplikationen der Retroflexio uteri und deren Einfluss auf die operative Therapie. Thèse, Berne, 1905 und Gyn. Helvet. VI, p. 165.
9. JAYLE, F. et A. de LIMA. Du rôle capital des lésions annexielles dans les rétroflexions et les rétroversions douloureuses. Rev. de gyn. et de chir. abd. Pozzi, T. I. 1897, p. 975.
10. KOHN. Ch. La résection partielle des ovaires reconnus macroscopiquement scléreux ou sclérokystiques est-elle justifiée au point de vue microscopique? Thèse, Genève et Gyn. Helvet. XI, p. 284, 1911.

11. LAPIDEWSKY, Ch. L'état des annexes dans les rétrodéviations de l'utérus impose la laparotomie comme intervention de choix. Thèse, Genève, et Gyn. Helvet. XII, p. 159, 1912.
 12. DE LIMA, A. De la fréquence des lésions annexielles dans les rétrodéviations douloureuses de l'utérus en dehors de la grossesse. Thèse, Paris, 1897.
 13. OTZ, H. Ueber Retroversio uteri und ihre operative Behandlung durch die Laparotomie. Berne, 1902, u. Gyn. Helvet. III, p. 139.
 14. POGGI DE FIGUEIREDO. La résection partielle des ovaires reconnus macroscopiquement scléreux ou scléro-kystiques est-elle justifiée au point de vue microscopique? Annales de Gyn. et d'Obstétrique, juillet-août 1915 et Gynæcologia Helvetica XVI, p. 104, 1916.
-